

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

301

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Benjamin MOSCOVICI

Ancien externe de l'Hôpital Général de Tours.

Né le 19 août 1910, à Galatz (Roumanie).

**Contribution au Traitement
de l'Hémorragie Rétro=Placentaire
par la Césarienne haute d'urgence**

Président : M. COUVELAIRE, Professeur.

PARIS

JOUVE & C^{ie}, EDITEURS

15, Rue Racine, 15

1936

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Benjamin MOSCOVICI

Ancien externe de l'Hôpital Général de Tours.

Né le 19 août 1910, à Galatz (Roumanie).

**Contribution au Traitement
de l'Hémorragie Rétro-Placentaire
par la Césarienne haute d'urgence**

Président : M. COUVELAIRE, Professeur.

PARIS

JOUVE & C^{ie}, EDITEURS

15, Rue Racine, 15

1936

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Physiologie	ROUVIERE.
Physique médicale	Léon BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	DESGREZ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Robert DEBRÉ.
Pathologie médicale et générale.	BRUMPT.
Pathologie chirurgicale	BAUDOUIN.
Anatomie pathologique	CHEVASSU.
Histologie	ROUSSY.
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive	HARVIER.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée	LAIGNEL-LAVASTINE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FIESSINGER.
	Maurice VILLARET.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.	MM.
BÉNARD (Henri) Pathologie médicale.	GALLIARD Parasitologie.
BERNARD (Étienne) Pathologie médicale.	GASTINEL Bactériologie.
BEZANÇON	DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
(Justin) Hydrologie.	
BOULIN Pathologie médicale.	GAYET Physiologie.
BULLIARD Histologie.	GIROUD Histologie.
CATHALA Pathologie médicale.	HAGUENAU .. Pathologie médicale.
CHEVALLIER . Pathologie médicale.	HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
DOGNON Physique.	HAZARD Pharmacologie.
FEY Urologie.	HUGUENIN ... Anatomie pathologique.
	JOANNON ... Hygiène.



II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite).

MM.
 LABBÉ (Henri) . Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOUL . Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{me} J. LEVY . Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET. Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING ... Anatomie pathologique.

MM.
 PETIT-DUTAILLIS .. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.
 ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.
 LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.
 ABRAMI.
 ALAJOUANINE.
 AUBERTIN.
 BRÛLÉ.
 CHABROL.
 CHIRAY.
 DONZELOT.
 DUVOIR.
 HARVIER.
 LIAN.
 PASTEUR-VAL-
 LERY-RADOT.
 SÉZARY.

Clinique médicale.

MM.
 BASSET.
 BROCC.
 CADENAT.
 GATELLIER.
 HEITZ-BOYER.
 MOURE.
 QUÉNU.
 SCHWARTZ.
 VELTER.

Clinique chirurgicale.

MM.
 ECALLE.
 GUENIOT.
 LE LORIER.
 LEVY-SOLAL.
 METZGER.

Clinique obstétricale.

V. — CHARGES DE COURS

MM.
 CHAILLEY-BERT, agrégé Education physique.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 WEIL-HALLÉ Puériculture.
 RUPPE Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elles n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MA MERE

A MON PERE

*Bien faible témoignage de notre
profond amour filial et remercie-
ments pour les nombreux sacrifices
qu'ils se sont imposés pour nous.*

A MA FEMME

A MES SŒURS

A MES BEAUX-PARENTS

MEIS ET AMICIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

Professeur de Clinique Obstétricale à la faculté de
Médecine de Paris.

Membre de l'Académie de Médecine.

Chevalier de la Légion d'Honneur.

*Qui nous a fait le très grand hon-
neur d'accepter la Présidence de cette
thèse.*

Remerciements très respectueux.

A M. LE PROFESSEUR ANDRÉ FAIX

Professeur de Clinique Obstétricale à l'Ecole de
plein exercice de Médecine et de Pharmacie de Tours.

Chevalier de la Légion d'Honneur.

*qui nous a suggéré l'idée de cette
thèse, faible témoignage de notre très
respectueuse gratitude.*

*Sincères remerciements pour la bon-
té qu'il nous a toujours prodiguée.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILLAUME LOUIS

Directeur de l'Ecole de plein exercice de Médecine
et de Pharmacie de Tours.

Officier de la Légion d'honneur.

*Respectueux hommages de notre
profonde admiration et remercie-
ments pour les excellents conseils
qu'il a toujours bien voulu nous don-
ner.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MERCIER

Professeur à l'Ecole de plein exercice de Médecine
et de Pharmacie de Tours.

Médecin chef de l'Hôpital général de Tours.

Officier de la Légion d'Honneur.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUVOIR

Médecin des Hôpitaux.

Professeur agrégé de Clinique Médicale

Chevalier de la Légion d'Honneur.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DENOYELLE

**Professeur à l'Ecole de plein exercice de Médecine
et de Pharmacie de Tours.**

Médecin de l'Hôpital général.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DEBUQUOIS

Médecin de l'Hôpital général.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LECCIA

Chef de Clinique Obstétricale à la Maternité de Tours.

A NOS MAITRES DES HOPITAUX DE TOURS

A NOS MAITRES DE LA FACULTE DE
MEDECINE DE PARIS

INTRODUCTION

L'hémorragie rétro-placentaire étant une des plus inquiétantes complications obstétricales, nous avons cru opportun de présenter dans ce travail quelques idées sur son traitement par la Césarienne haute.

Depuis la communication de Monsieur le Professeur COUVELAIRE en 1911, et depuis les thèses de Messieurs LÉVY-SOLAL et PORTES, il ne reste rien à ajouter au tableau clinique qu'ils ont tracé.

Aussi notre ambition se bornera-t-elle exclusivement à recueillir d'abord les opinions actuelles des maîtres de l'obstétrique, sur le traitement de l'hémorragie rétro-placentaire et, en concluant, à préconiser une thérapeutique appropriée, fondée sur la méthode pratiquée par Monsieur le Professeur FAIX de Tours, dont nous avons été l'élève, en apportant à l'appui de nos dires quelques observations recueillies dans son service de la Maternité de Tours.

L'heureuse rareté de cette complication de la grossesse nous oblige à ne relater qu'assez peu d'observations.

En effet, Monsieur le Docteur Goodel n'en compte que trois cas sur 22.498 accouchements. Les quelques cas recueillis dans cette thèse ont été observés en l'espace de 5 ans (1930-1935). Il est probable qu'il faut

invoquer la loi des séries pour cette fréquence correspondant environ à 5 cas sur 4.000 accouchements.

Bien entendu, nous n'envisagerons dans ce travail, que les cas graves d'hémorragie rétro-placentaire, dans une grossesse avancée, et nous éliminerons, de suite, les cas bénins, dans lesquels l'hémorragie est de très petite importance, ou bien la malade ayant une dilatation complète ou complétable, peut accoucher spontanément et normalement ou bien subir une extraction par la voie basse.

Dans la plupart des cas d'ailleurs, il s'agit d'une hémorragie rétro-placentaire grave d'emblée, avec un utérus tétanisé, dur et tendu et une dilatation du col nulle ou presque incomplète.

Deux points essentiels resteront donc à envisager :
1°) La gravité de l'hémorragie forçant le plus souvent l'accoucheur à intervenir. Comment doit-on intervenir ? En intervenant par la voie haute.

2°) Doit-on, suivant les cas, pratiquer ou non une hystérectomie ?

CHAPITRE I

Rappelons tout d'abord, quelle est l'opinion moyenne actuelle au sujet de l'hémorragie rétro-placentaire et de son traitement.

Longtemps contestée, ce n'est qu'au 19^e siècle que l'hémorragie rétro-placentaire, une des plus graves complications de la grossesse attira l'attention des accoucheurs; déjà à l'époque où Monsieur le Professeur COUVELAIRE n'avait pas encore décrit la question de l'apoplexie utérine, l'idée de l'application du traitement chirurgical aux cas graves d'hémorragie rétro-placentaire, avait été émise par PINARD en 1898; RIBEMONT, DESSAIGNE, BAR et LEQUEUX la mirent ensuite en application.

Tandis que les accoucheurs hésitaient encore à préconiser l'opération Césarienne abdominale, Monsieur LÉVY-SOLAL dans sa thèse de 1911 concluait nettement en faveur du traitement chirurgical de l'hémorragie rétro-placentaire;

« L'Opération Césarienne abdominale, le plus souvent suivie d'hystérectomie, paraît être l'opération de choix ».

BAR, à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris en 1912, fixait l'indication suivante :

« Si le col n'est pas dilaté ou est mal dilatable, je préfère la voie haute ».

Au Congrès de chirurgie de l'association des Gynécologues et Obstétriciens de Langue Française (1921), Monsieur HENROTAY écrivait dans son rapport :

« L'Hystérotomie par voie haute, nous paraît, à l'encontre de certains auteurs Allemands et Scandinaves, la seule façon d'aborder les lésions. C'est par la laparotomie seule, que l'accoucheur pourra juger de leur importance, et régler sa conduite en conséquence ».

Monsieur le Professeur METZGER, dans l'Accoucheur Moderne dit :

« Le traitement, quand le diagnostic est fait, doit être la Césarienne abdominale haute, qui permet de voir l'utérus, et au besoin de faire une hystérectomie. N'essayez pas de traitement par voie basse, le simple examen amène souvent une hémorragie extrêmement abondante ».

Monsieur le Professeur ANDÉRODIAS, de Bordeaux, conseille dans la Puériculture, du 25 mai 1935.

« Même si l'état de la femme est bon, à plus forte raison s'il est défectueux, un seul mode d'évacuation utérine : la voie haute. Une laparotomie sera effectuée qui découvrira l'utérus ».

Monsieur le Docteur LECCIA de Tours, écrit dans les archives médico-chirurgicales de Province :

« Ne pas s'attarder à des palliatifs, tels : injections vaginales, tamponnements, injections répétées d'ergotine, procédés inopérants, qui font perdre un

temps précieux, et entraîneraient à des désastres. Il faut d'urgence, assurer l'hémostase, et pour cela un seul procédé : évacuer l'utérus le plus rapidement possible par Césarienne Haute. Elle sera conservatrice dans la plupart des cas, et l'hystérectomie sera réservée aux cas où le muscle très infiltré sera sérieusement atteint, ou si la femme semble profondément infectée ».

Messieurs les Docteurs BROUHA et GOSSELIN ont publié dans Bruxelles Médical (19 mai 1929) une observation excessivement intéressante, sur un cas de décollement prématuré du placenta normalement inséré, traité par l'opération Césarienne abdominale conservatrice.

Dans sa thèse de 1935, Monsieur Raphaël ELLENBOGEN, rapporte également l'observation d'une Césarienne haute faite pour hémorragie rétro-placentaire, ayant eu les résultats les plus heureux.

Monsieur le Professeur COUVELAIRE écrivait :

« En cas d'infiltration massive du muscle utérin par l'hémorragie correspondant au type que j'ai décrit en 1911 sous le nom d'apoplexie utéro-placentaire la voie abdominale seule permet de constater les lésions et quand elles sont très accentuées, de les traiter par l'hystérectomie comme j'ai eu l'occasion de le faire ».

Enfin pour conclure et éliminer toute intervention autre que la Césarienne abdominale :

« Toute intervention par voie basse est aléatoire et dangereuse. Vouloir tenter une dilatation artificielle

du col, même par les moyens les plus doux, c'est s'exposer délibérément aux graves complications des ruptures utérines » (COUVELAIRE, LÉVY SOLAL, PORTES).

D'une façon presque unanime, il est donc reconnu par les accoucheurs, que l'opération Césarienne abdominale est l'opération qui s'impose, dans le traitement de l'hémorragie rétro-placentaire.

CHAPITRE II

La césarienne abdominale étant adoptée, il nous reste désormais à envisager quelle technique nous choisirons.

Devons-nous pratiquer l'ancienne méthode, la Césarienne classique de François ROUSSET, ou devons-nous à la suite de certains accoucheurs modernes, appliquer la méthode de FRANCK, mise en lumière par SCHIKELE et BRINDEAU : la Césarienne basse ou segmentaire.

Atin de nous fixer une opinion définitive, quant à la méthode, nous nous proposons d'exposer tour à tour, les avantages et les inconvénients des deux techniques.

AVANTAGES DE LA CESARIENNE HAUTE SUR LA CESARIENNE BASSE

1) **Simplicité de la technique.**

Il est absolument indiscutable, que la simplicité de la technique est toute à l'avantage de la Césarienne haute.

Rappelons ici la phrase de SAUVAGE, résumant le peu de complication de l'acte opératoire :

« Césarienne haute : 2 incisions, 2 sutures. »

Songeon à la facilité qui existe dans l'extériorisation de l'utérus, son incision, l'aisance éprouvée à décoller le placenta, à extraire l'enfant, la rapidité avec laquelle l'utérus peut être suturé.

Monsieur le Professeur FAIX, qui est venu à l'Obstétrique de la Chirurgie Générale, pratique couramment une opération Césarienne haute, dans un temps variant de 12 à 15 minutes.

Ce temps indiscutablement très court, trouve son application absolue dans les cas envisagés d'hémorragie rétro-placentaire où il faut avant toute chose gagner du temps, établir l'hémostase, terminer au plus vite, afin de donner le repos aux malades qui se trouvent alors dans un état d'anémie extrême.

Il serait véritablement impossible, d'opérer une Césarienne segmentaire en un temps si limité. Il n'est pas rare, que le décollement du lambeau péritonéal soit mal aisé. Si l'ouverture du muscle utérin est trop courte, on risque d'étendre la plaie musculaire vers le bas. (Coq rapporte le cas d'une de ses opérées, chez laquelle il s'était produit une déchirure tellement bas et tellement sur le côté, qu'il a dû pratiquer une hystérectomie). Enfin, il n'est pas sans exemple, qu'on soit obligé de faire une application de forceps sur la tête dernière pour l'extraction du fœtus.

2) L'hémorragie.

Elle est beaucoup plus fréquente dans les Césariennes basses que dans les Césariennes hautes.

Citons : les hémorragies en nappes, provenant de la déchirure des plexus veineux (lorsque l'incision est transversale); les hémorragies se produisant lors de la section utérine, telle que BURGER en a signalé une foudroyante lors de l'incision utérine. Il cite encore des hémorragies du réseau vasculaire rétro-vésical; d'autres des plexus latéraux utérins, d'autres enfin, de la déchirure de la tranche utérine, touchant le plexus utérin.

Enfin, les hémorragies survenant par atonie utérine. Le segment inférieur étant moins musclé que le fond utérin, est de ce fait beaucoup moins rétractile.

Cette cause hémorragique, a été signalée par GARIPUY, DUJOL, CATHALA, LE LORRIER, LAFFONT, HAUDEL et JAHIER, GROSSE et LEROUX, PAUCOT... Ces hémorragies, très abondantes, sont parfois mêmes mortelles; un cas semblable a été décrit par Monsieur le Professeur ECALLE (Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris).

Un autre cas a été signalé par Monsieur BALARD (Gazette Hebdomadaire des Sciences Médicales), ces femmes ont succombé d'hémorragie par atonie utérine.

Il n'est pas dit pour cela que les pertes abondantes de sang, n'ont jamais lieu dans les Césariennes Corporéales, mais elles sont forcément beaucoup moins

graves, et ont l'avantage de pouvoir être arrêtées plus facilement.

L'atonie utérine, rare d'ailleurs dans les Césariennes hautes, peut être combattue par les injections d'ergotine dans les cuisses ou dans le muscle même. L'hémostase est plus facilement réalisée par la compression de l'utérus qui, empoigné à pleines mains, ne tarde pas à se rétracter.

Enfin le meilleur procédé d'hémostase, est bien encore de faire la suture utérine le plus rapidement possible.

On sait que l'organe se contracte quand il est fermé. A la suite de l'apoplexie utéro-placentaire qui se produit toujours à un degré plus ou moins grave, le muscle utérin, le plus souvent, très infiltré de sang, aura déjà des difficultés de contraction.

Or, dans le cas que nous envisageons, il nous est donc parfaitement indiqué de multiplier nos chances de succès et par là même d'inciser l'utérus dans la partie la plus favorable à sa rétraction.

Pour les raisons graves des hémorragies possibles et difficilement combattues dans les Césariennes basses, nous ne nous exposerons pas à faire supporter à nos malades une deuxième perte de sang, qui, si minime fût-elle, serait absolument fatale aux pauvres loques que sont les femmes à hémorragie rétro-placentaire.

3) L'infection.

La troisième cause qui nous semblera en faveur des Césariennes corporéales, c'est précisément celle qui a toujours été préconisée en faveur de la Césarienne segmentaire.

N'a-t-on pas dit : « Gardons les Césariennes hautes pour les cas purs, et la Césarienne basse pour les cas impurs » ? Au contraire, nous constatons que dans l'hémorragie rétro-placentaire nous nous trouvons nettement en présence d'un cas douteux, et que pour cette raison, nous interviendrons par Césarienne haute. Voici pourquoi :

a) Il est un fait anatomo-pathologique sur lequel les auteurs ont peu insisté, mais qui mérite attention.

Dans certains cas, le sang épanché derrière le placenta n'arrive pas à en décoller les bords et s'infiltre dans le muscle utérin, les ligaments larges, les ovaires même, et arrive à laisser filer dans la cavité péritonéale une quantité plus ou moins importante de sérum plus ou moins teinté d'hématies, et parfois même du sang extravasé en plus ou moins grande quantité.

C'est par l'incision haute seule, que le fait peut être constaté et qu'il est possible d'éponger ce sang amassé dans le Douglas et même au besoin, de drainer avec un long drain passant derrière l'utérus.

C'est un moyen d'éliminer un excellent milieu de culture hors du péritoine.

b) *L'hétéro-infection* : Elle est également à redouter dans l'une ou l'autre des interventions et peut être évitée par l'application d'une asepsie extrêmement rigoureuse.

L'asepsie totale est même beaucoup plus facilement réalisable dans la Césarienne corporeale.

N'extériorise-t-on pas l'utérus ? Ne protège-t-on pas soigneusement la cavité abdominale en la fermant temporairement avant d'inciser l'organe, et au moyen de champs opératoires. Monsieur le Professeur FAIX n'emploie-t-il pas d'ailleurs un procédé élégant qui réduit au minimum la possibilité aux germes septiques d'envahir l'organisme ? : Une déchirure utérine par les deux index étant pratiquée, il extrait l'œuf en entier sans rompre les membranes. Dans les cas d'hémorragie rétro-placentaire il faut enlever les caillots, bien déterger la surface d'insertion, puis l'utérus étant ensuite soigneusement lavé à l'éther, la suture utérine est faite aseptiquement au catgut en deux plans et les gants changés avant la réintégration de l'organe dans la cavité abdominale. On peut vraiment espérer que la femme aura par cette méthode des chances très réduites d'infection.

c) *Quant à l'auto-infection* : Elle sera combattue par les moyens habituels : glace maintenue sur le ventre pendant une dizaine de jours, au besoin drainage utérin par le drain de Mouchotte sans crainte de nuire à la suture utérine faite en deux plans au catgut.

4) Adhérences.

« Elles sont plus nombreuses après la Césarienne basse, elles compliquent le manuel opératoire des Césariennes basses itératives, déjà plus compliqué par lui-même, tandis que les adhérences consécutives à une Césarienne haute sont généralement peu étendues et ne compliquent guère le manuel opératoire d'une Césarienne haute itérative si l'incision du corps porte bien sur sa face antérieure, si l'on a appliqué une bonne suture et que l'on a recours à une bonne hémostase. » (Coq, Bruxelles Médical, 20 mars 1932).

Inutile d'insister que la libération d'adhérences épiploïques ou autres est infiniment plus simple sous un large contrôle visuel.

5) Rupture des cicatrices.

Contrairement à ce qu'on pourrait en penser, les cicatrices des Césariennes hautes ne risquent aucunement de se rompre, si la suture utérine est correctement exécutée. Bien qu'au cours d'une grossesse consécutive à une hystérotomie, la surdistension utérine atteigne surtout le corps, nous n'avons aucun exemple à relater d'une rupture de cicatrice utérine, ancienne, consécutive à une Césarienne pratiquée dans le service de la Maternité de Tours.

Nous pourrions citer à l'appui de nos dires, l'exemple d'une femme, Madame R..., qui a subi 5 Césa-

riennes hautes itératives, et qui, en 1933, a accouché spontanément d'un enfant petit, au terme de huit mois, entre la 4^e et la 5^e intervention. Son utérus était donc encore suffisamment résistant pour subir l'épreuve des contractions cependant très violentes au niveau du corps.

Enfin, pour confirmer à nouveau notre opinion, il nous suffira de commenter l'observation numéro 5 que nous rapportons dans cette thèse.

Guidé dans nos études par Monsieur le Professeur FAIX, Accoucheur en Chef à la Maternité de Tours, qui fonde son enseignement sur une expérience d'environ 30 années, nous nous empressons de conseiller la Césarienne haute, dans un cas d'hémorragie rétro-placentaire.

La Césarienne basse ne recueillera pas non plus d'ailleurs toutes les voix des accoucheurs; les avis sont encore sur ce point très partagés, et d'après les résultats qu'il a pu obtenir, chaque praticien a jugé bon de régler sa conduite.

Pour ne s'en rapporter qu'à quelques cas comparatifs des résultats obtenus par la Césarienne haute et la Césarienne basse, en général : A la Maternité de Tours, où la Césarienne haute est seule pratiquée, la mortalité maternelle est de 1,5 %.

Monsieur le Professeur Valère COQ, de l'Université de Bruxelles, dans sa pratique personnelle l'a évaluée à 2 % dans les Césariennes classiques et à 4 % dans les Césariennes basses.

A l'appui de ces chiffres, calculés sur la généralité

des Césariennes, et donnant des résultats supérieurs dans les Césariennes corporéales, nous estimons que logiquement, il est indiqué de mettre notre opinion en application dans le traitement de l'hémorragie rétro-placentaire.

CHAPITRE III

OPPORTUNITE OU NON DE L'HYSTERECTOMIE

Dans une hémorragie rétro-placentaire, il est de toute nécessité de considérer de très près et avec le plus grand soin, les lésions anatomiques du muscle utérin. Le sang, épanché entre le gâteau placentaire et l'utérus s'est infiltré dans la musculature tendue de la matrice et a produit des lésions plus ou moins graves. L'utérus a une couleur violacée, lie de vin, il se produit une véritable injection dans les tissus de sang sous pression, comme une injection de sérum dans le tissu cellulaire, ce qui n'est pas sans apporter quelques fois de graves complications.

Monsieur le Professeur COUVELAIRE a décrit cette complication sous le nom d'apoplexie utéro-placentaire.

Au cours d'une Césarienne corporéale, il nous sera donc tout à fait possible d'examiner minutieusement outre le muscle utérin, les organes avoisinants, et s'il semble que l'infiltration soit trop importante et doive entraîner de ce fait soit une atonie incoercible, ou des possibilités d'infection ultérieure par mortification, il nous sera très facile de l'enlever.

Certains auteurs, recommandent même l'hystérectomie systématique : Monsieur Marc RIVIÈRE, par exemple, dit :

« Toujours l'hystérectomie sera pratiquée en bloc, sans faire au préalable la Césarienne, dans le but de supprimer la rétraction utérine, que l'auteur juge néfaste pour l'état général de la malade, comme augmentant le schock. Pour lui, le critère de la rétractilité utérine pour enlever ou laisser l'utérus est inexact, et même dangereux, car la réaction utérine déverse dans la circulation générale les poisons accumulés dans le myomètre, et cela, aussi bien lorsqu'il y a apoplexie utéro-placentaire que lorsqu'elle fait défaut ». (La Puériculture, mai 1935).

Cette dernière théorie ne semble pas confirmée par les opérations Césariennes que nous avons vu pratiquer à la Maternité de Tours, car les sutures utérines, étant soigneusement effectuées en masse, avec du catgut N° I, la rétraction utérine se fait immédiatement et c'est la plus sûre des hémostases.

S'il y a une infection latente, de la muqueuse utérine, amenant une sécrétion purulente à la suite de l'intervention, il n'y a, qu'à drainer sans crainte, la suture tient, comme bien des cas l'ont démontré.

« GINGLINGER étudie lui aussi les indications de l'hystérectomie dans l'apoplexie utéro-placentaire. Il pense qu'il ne faut pas se baser sur l'étendue des lésions hémorragiques, mais bien sur la rétractilité du muscle utérin. Cette rétractilité sera aisément et rapidement mise en valeur par l'injection intra-vei-

neuse d'hypophyse. » (Monde Médical, N° 879, 15 mars 1936).

ESSEN, MULLER, WILLIAMS, G. LEY, SCHAW, préfèrent la Césarienne conservatrice, à l'hystérectomie systématique qu'ils réservent aux cas dans lesquels l'atonie du muscle utérin est incoercible.

Monsieur WILSON, dit qu'il rejette l'hystérectomie, car, dit-il, il paraît raisonnable de penser que le processus d'involution normale peut entraîner une rapide résorption de l'infiltration sanguine, compatible avec de nouvelles gestations; n'est-ce pas en effet, ce qu'on doit attendre de l'évolution d'un hématome aseptique en somme.

Cette question de l'hystérectomie, étant fort controversée, il est nécessaire croyons-nous de respecter cette règle de bonne chirurgie : la décision d'opportunité dont tout accoucheur habile tirera le meilleur parti.

En obstétrique, pas plus que dans tout l'art médical ! peut-on suivre en tous cas une règle absolue ? Il est prudent, croyons-nous, de pouvoir s'adapter aux circonstances au fur et à mesure qu'elles se présentent, sans essayer de s'astreindre inéluctablement aux mêmes tactiques.

Autant que possible, et toutes les fois (ce sera la majorité des cas) où nous penserons avoir une chance de succès, nous respecterons les organes de notre opérée, et nous ne ferons l'ablation de ceux-ci que dans les cas exceptionnels, où l'inertie sera complète, entraînant une hémorragie, même malgré un tam-

ponnement mis de la cavité utérine vers le vagin, ou encore lorsque la femme semblera profondément infectée.

Ici jouera une question de doigté, une expérience qui sera apte à juger de la conduite à tenir.

Une hystérectomie ne sera pas non plus pratiquée sans un schock supplémentaire, et la « tape » (comme on dit familièrement), si fréquente secondairement, quelques heures après une grande hémorragie, risquerait bien dans ce cas d'être fatale.

Monsieur le Professeur FAIX ne pratique pour ainsi dire jamais d'hystérectomie. Dans les observations relevées, dans ce travail, il est à remarquer qu'aucune femme n'a subi l'ablation de son utérus, et qu'elles ont cependant toutes eu des suites de couches favorables. Plusieurs d'entr'elles pourront avoir plus tard d'autres gestations, et auront le bonheur de dorlotter des poupons qu'elles auraient attendu vainement si la conduite de leur Accoucheur avait été toute autre, comme le démontre l'observation N° 5 incluse dans ce travail.

OBSERVATIONS

Pour étayer ces opinions, nous pensons que le mieux est de rapporter ci-après, les observations qui nous ont amenés à les concevoir :

OBSERVATION I.

Madame X..., âgée de 35 ans. Multipare de 8, Elle n'a rien de spécial à signaler dans ses antécédents héréditaires et personnels.

Antécédents Obstétricaux.

1916	Accouchement normal à terme, enf. viv. bien portant				
	sexe masc.				
1916	Avortement au terme de 4 mois.				
1919	Accouchement normal à terme, enf. V. B. P., sexe masc.				
1921	—	—	—	—	fém.
1924	—	—	—	—	masc.
1926	—	—	—	—	fém.
1927	—	—	—	—	masc.
1930	—	—	—	—	masc.
1932	—	—	—	—	masc.

Actuellement, la femme est au 9^e mois de sa 10^e gestation et présente une hauteur utérine de 37 cm.

Examen des urines : traces d'albumine.

Utérus très tendu et dur.

Auscultation : Bruits du cœur foetal non perçus.

Cette malade envoyée par Monsieur le Docteur X de Chateaurenault, est arrivée à la salle d'accouchement le 13/9/34 à 11 heures et demie, avec le diagnostic d'hémorragie rétro-placentaire.

Cette femme avait à son arrivée, un faciès exangue, les lèvres décolorées et sèches, les ailes du nez pincées, pertes de sang abondantes par la vulve. Le poulx est petit, filant, misérable, incomptable, les extrémités des membres extrêmement froides. Au palper, l'utérus excessivement tendu, présente une consistance ligneuse, ne permettant pas d'explorer davantage la position du fœtus.

Au toucher, on constatait un début de travail, avec une extrémité céphalique non engagée.

Une Césarienne haute fut immédiatement décidée.

Lorsque l'utérus fut extériorisé on put aisément remarquer qu'il était tout infiltré de sang.

L'œuf est extrait en bloc (enf. mort du sexe masc. Poids 3.090 gr). Derrière le placenta décollé partiellement se trouve une quantité de caillots.

La malade saigne abondamment, on lui pose une mèche serrée dans l'utérus, poussée de haut en bas vers le vagin, par son extrémité; 4 cm³ d'ergotine Yvon sont injectés en deux fois dans la cuisse. Suture de l'utérus au catgut, en deux plans, et réintégration de celui-ci.

Suture de la paroi abdominale (surget de catgut).

Suture de la peau (surget de soie).

Nettoyage du vagin et tamponnement serrée, pansement stérile sur la vulve, maintenu par un bandage en T.

La malade excessivement schockée subit pendant toute l'intervention des piqûres d'huile camphrée, et des injections intra-veineuses de sérum de Normet dans chaque bras.

Transportée dans son lit, elle est maintenue en position horizontale et réchauffée à l'aide de bouillottes.

Les suites opératoires quoique fébriles au début sont bonnes, la température tombe dès l'enlèvement du tamponnement. L'anémie est vaincue par des injections de 200 gr. de sérum glucosé, d'huile camphré et de spartéine répétées toutes les 24 heures.

Le 4 octobre, la malade quitte le service en excellent état.

Cette malade multipare de 8, arrivée de la ville en pleine hémorragie, n'ayant eu aucun soin d'hygiène préalable et étant à son arrivée à la salle de travail dans un état d'anémie extrême, a très bien supporté

l'intervention qui lui a été faite, n'a pas eu le plus petit signe d'infection générale et a eu des suites de couches des plus heureuses.

Elle a quitté le service 29 jours seulement après l'intervention. Nous sommes donc heureux de constater que la thérapeutique que nous préconisons ici a eu dans ce très mauvais cas un excellent résultat.

OBSERVATION II.

Madame F..., 22 ans primipare,

Antécédents héréditaires et personnels : Sans intérêts.

A l'entrée dans le service 8/11/32, la gestante est enceinte de 8 mois passés.

L'examen des urines révèle 2 grammes d'albumine.

A l'examen obstétrical, on trouve une hauteur utérine de 34 cm, une présentation de l'extrémité céphalique non engagée, dos à gauche.

Auscultation : Bruits du cœur foetal nuls.

Au toucher : Un col effacé en voie de dilatation, les culs de sacs vaginaux tendus et douloureux, un utérus très dur ligneux, le promontoire est atteint. Le diamètre utile est de 8 cm. 5. Outre cela la gestante présente une hémorragie externe de moyenne abondance, mais son état général dénote une grande anémie. Pouls, 125. Faciès pâle. Lèvres décolorées. Extrémités froides. Un tamponnement vaginal serré est fait rapidement avec une mèche après nettoyage du vagin à l'alcool.

La malade est transportée dans la salle d'opération pour subir une Césarienne haute.

Après l'incision de la paroi, on trouve une infiltration sanguine dans les ligaments larges, et sur tout le paramètre et une certaine quantité de sang épanché dans le péritoine. Après l'extraction de l'œuf en bloc, on découvre une accumulation des caillots sur la surface inter-utéro-placentaire, (enfant mort-né avec un enfoncement du pariétal gauche).

Technique opératoire habituelle. La femme transportée

dans sa chambre reçoit du sérum intra veineux et de l'huile camphrée et fait des suites opératoires normales.

Elle quitte le service en bon état.

Sans commentaires nouveaux, cette observation nous permet de noter à nouveau l'excellent résultat du traitement qui fut appliqué à cette jeune primipare. Son état d'anémie extrême fut vite combattu par les moyens habituels : injections répétées d'huile camphrée, de sérum intra-veineux et intra-musculaire. Enfin son utérus rapidement vidé par Césarienne Haute ne tarda pas à se rétracter, et l'hémostasie fut ainsi effectuée de la façon la plus immédiate.

D'autre part, l'avenir obstétrical de cette jeune femme ne se trouve nullement compromis, et nous sommes heureux de penser, qu'elle pourra désormais avoir d'autres gestations grâce à l'intervention conservatrice.

OBSERVATION III.

Madame H..., Femme R..., entrée à la Maternité le 17 mai 1933 pour décollement prématuré du placenta.

Antécédents Obstétricaux :

1922	Accouchement normal, enf. V. B. P. sexe masc (à terme).
1924	— — — — fem. —
1930	— — — — fem. —

Antécédents héréditaires et personnels : normaux.

Pendant sa grossesse, l'examen de ses urines n'a pas été fait. A son entrée dans le service, on relève 1 gramme d'alumine. Température 37°.

La malade enceinte actuellement d'après ses dires de 7

mois environ, raconte avoir perdu très peu de sang, mais être tombée 3 fois en syncope chez elle, son état général ne semble pas cependant très mauvais.

Les soins d'usage lui sont donnés, à l'examen au spéculum, on ne constate aucun travail, le col est seulement violacé, et les culs de sacs vaginaux sont très douloureux.

Au palper, l'utérus est excessivement dur, et sa hauteur utérine mesurant 28 cm est exagérée pour l'âge de la grossesse.

A l'auscultation, les bruits du cœur foetal ne sont pas perçus. Le diagnostic d'hémorragie rétro placentaire est porté.

Une Césarienne haute est décidée.

La malade est transportée à la salle d'opération.

Anesthésie au Schleich. Incision de la paroi. L'utérus extériorisé apparaît tout infiltré de sang, il y en a même d'épanché dans la cavité abdominale. L'œuf est extrait en bloc, (foetus mort, sexe masc, Poids 730 gr., placenta 400 gr.)

Derrière le placenta décollé partiellement, se trouve une assez grande quantité de caillots. La malade saigne un peu, injection de 4 cmc. d'ergotine Yvon dans la cuisse, réintégration de l'utérus suturé, après détersion du Douglas.

Suture abdominale. Pose d'un pansement stérile maintenu par un leucoplasme.

Nettoyage du vagin, etc...

La malade est transportée dans un lit chaud et se réveille quelques minutes plus tard. Son pouls est bon et elle ne paraît nullement choquée, son état général est très satisfaisant. Injection de 25 gr. de sérum sous-cutané, ainsi que 5 cmc. d'huile camphrée toutes les 3 heures.

L'albumine est dosée à 1/4 de grammes le lendemain de l'intervention. Dans les jours suivants, les injections d'huile camphrée sont renouvelées, un goutte à goutte bilié est installé pour faciliter l'évacuation des gaz en provoquant les contractions de l'intestin.

La malade présente une courbe de température légèrement ascendante jusqu'au 8^e jour où elle atteint 38/1. Le 9^e jour, elle descend progressivement et atteint 37/5 le soir du 14^e jour. Le 24^e jour, elle quitte la Maternité en excellent état.

Voici encore un cas d'hémorragie rétro-placentaire traité par la Césarienne haute. Il y avait une infiltration extrême, et du sang extravasé dans le péritoine, l'utérus incisé a montré de nombreux caillots noirs accumulés derrière le placenta.

Bien que la paroi utérine fut très infiltrée, cela n'a pas amené l'opérateur à pratiquer une hystérectomie. En fait cette décision fut heureuse, puisque la malade eut des suites opératoires bonnes et put quitter la Maternité le soir du 24^e jour.

OBSERVATION IV.

Madame A... C..., 23 ans Primipare,

Antécédents héréditaires : Bons.

Antécédents personnels : douteux, au point de vue pulmonaire.

Cette malade entre à la Maternité le 20 janvier 1930.

Toussant depuis plus de 2 mois, elle est prise de crachements de sang; ce qui l'engage à venir nous consulter.

A l'examen général, la femme semble assez choquée, son faciès est pâle, et ses lèvres décolorées.

Son poulx est petit et filant.

Au palper, l'utérus est d'une dureté ligneuse, et ne permet pas de déterminer une position exacte du fœtus.

Son utérus présente une hauteur de 30 cm.

Au toucher, on trouve un col dur une dilatation de 50 centimes. Une tête foetale assez haute, une poche des eaux intactes, et il ne semble nullement que ce soit un placenta proevia; d'ailleurs, l'hémorragie externe est insignifiante.

A l'auscultation, on ne perçoit pas les bruits du cœur foetal, et la malade déclare n'avoir pas senti son enfant remuer depuis une quinzaine de jours environ.

L'état général s'étant amélioré, grâce aux injections de sérum qui lui ont été faites, la malade reste en repos durant

la nuit. Mais le lendemain matin, les vomissements se répètent, et l'hémorragie paraît se renouveler.

L'examen des urines ne présente que quelques traces d'albumine.

Le 21 janvier, à 11 heures 30, la malade est transportée à la salle d'opération où M. le Docteur FAIX, décide de lui faire une Césarienne haute.

Technique opératoire habituelle, l'incision de l'utérus étant effectuée, on extrait un enfant mort et macéré pesant 1.450 gr. Derrière le placenta partiellement décollé, il y a de nombreux caillots noirâtres.

Double surjet de l'utérus au catgut. Réfection de la paroi, par surjet de catgut. Surjet de soie sur la peau. Suites opératoires bonnes.

La malade resta par la suite assez longtemps dans le service afin de se reposer plus complètement et elle quitta la Maternité en bon état de santé.

Observation concluante encore, quant au traitement de l'hémorragie rétro-placentaire par la Césarienne haute.

Nous nous trouvions chez cette femme nettement en présence d'un cas où l'infection était facile puisqu'elle avait un enfant mort certainement depuis une quinzaine de jours. Malgré ceci, M. le Professeur FAIX n'hésita pas à pratiquer l'habituelle Césarienne classique et conservatrice, et les résultats furent si concluants, qu'on ne peut que se louer d'avoir suivi une telle tactique.

OBSERVATION V

Madame L...e, primipare, âgée de 24 ans, fait appeler le Professeur FAIX sur l'avis de la Sage-Femme qui l'a suivie au milieu de la nuit à son domicile.

Elle a commencé à avoir quelques douleurs le soir peu caractérisées, et c'est vers 4 heures du matin qu'elle ressent une douleur assez vive et s'aperçoit qu'elle fait une hémorragie abondante par la vulve.

Le consultant, la trouve très shockée et baignant dans une mare de sang très importante.

Transportée immédiatement dans une maison de Santé cette malade reçoit de suite du sérum physiologique mélangé de sérum de Normet intra-veineux et aussitôt que possible une césarienne haute est pratiquée.

L'utérus était énorme, très tendu, dur et ligneux. Bruits du cœur fœtal absents.

Pas de dilatation et culs de sacs vaginaux très douloureux. L'utérus extériorisé apparaît tendu, violacé, très infiltré, légère exsudation séro-hématique dans le péritoine.

Fermeture temporaire de la paroi. Protection du champ opératoire habituelle et déchirure de l'utérus.

Extraction de l'œuf en masse.

Enfant mort du poids de . Grosse masse de caillots récents derrière le placenta décollé presque en totalité.

Détersion du Douglas à la compresse.

Suture de l'utérus en deux plans de catgut. Réintégration. Suture de la paroi en surget continu au catgut. Surget de soie sur la peau.

Suites opératoires simples après sérum intraveineux et huile camphrée abondante.

Goutte à goutte bilié le 2^e jour, évacuation rapide des gaz.

Suites simples et sortie de la Maison de Santé le 22^e jour.

Si cette observation s'arrêtait là elle serait déjà à l'appui de notre thèse, mais elle a une valeur encore bien plus grande si l'on rapporte la suite de l'histoire obstétricale de cette jeune femme.

Elle est revenue le 16 février 1935 pour une seconde grossesse qui évolue normalement jusqu'au 15 mai, époque à laquelle l'examen montre un utérus normalement développé avec présentation céphalique, dos à droite. Les B. D. C. F. sont bons et très en arrière.

Le 7 juin 1935 la malade entre en travail et très normalement ce travail se poursuit. La dilatation est assez lente et l'expulsion, malgré les efforts normaux de la malade, ne se fait pas complètement, la rotation de la tête ayant tendance à se faire en postérieure.

Forceps dans l'excavation sans autre incident qu'une rupture superficielle du périnée.

Suites absolument normales.

Nous n'insisterons pas davantage sur deux faits qui nous semblent typiques :

La possibilité donnée à cette jeune femme de devenir mère grâce à la Césarienne conservatrice.

La bonne contractilité de l'utérus qui a suffi à opérer le travail d'engagement de descente de la présentation sans rupture.

L'expulsion n'a été rendue difficile que par le défaut de rotation. La suture utérine a donc parfaitement résisté.

OBSERVATION VI

Madame X..., à Fondettes (I.-et-L.), primipare.

Suivie durant sa grossesse, par une Sage-Femme expérimentée, entre en travail vers 6 heures du matin. Elle fait au cours de l'après-midi une hémorragie profuse par la vulve, accompagnée d'une douleur violente et subite. Elle a syncopes sur syncopes, et d'urgence le Professeur FAIX est appelé par la Sage-Femme.

A son arrivée il trouve l'utérus dur, tendu, ligneux, et la femme baigne dans le sang.

Les culs de sacs vaginaux sont douloureux. La malade est très pâle, froide, dans un état syncopal subintrait. Elle est transportée rapidement dans une Maison de Santé, et immédiatement, il lui est fait du sérum intraveineux physiologique, additionné de Sérum de Normet pendant qu'on la place sur la table d'opération.

Nettoyage du vagin à l'alcool et tamponnement par une mèche stérile. Laparotomie médiane et extériorisation de l'utérus.

Il est énorme, tendu, et tout infiltré de sang, surtout du côté droit. L'ovaire droit est tuméfié et violet comme un gros pruneau tendu.

Il n'y a pas d'épanchement péritonéal.

Déchirure de l'utérus et extraction de l'œuf en bloc. Enfant mort-né du sexe masc. Une très grande quantité de caillots est extraite après ablation de l'œuf. Ce sont des caillots déjà un peu noirâtres montrant que le décollement s'est fait en plusieurs fois, jusqu'à ce que l'issue brusque du sang par la vulve ait attiré l'attention de la malade en l'absence de la Sage-Femme.

Bien réchauffée, la malade a reçu régulièrement de petites doses de Sérum sous-cutané et a conservé de la glace sur l'abdomen durant trois ou quatre jours. Goutte à goutte bilié; et évacuation facile des gaz.

Les suites ont été simples et la malade a quitté la Maison de Santé complètement rétablie.

Bien qu'elle n'ait pas eu de grossesse depuis ces événements, elle a du moins conservé intactes ses fonctions ovariennes et sans doute génératrices. Il se peut aussi, qu'elle ait, alertée par cette circonstance malheureuse, cherché à ne pas concevoir de nouveau.

Toutefois, nous pouvons encore noter que, malgré la gravité du cas, la rapidité de l'intervention conservatrice, a donné un résultat favorable.

CONCLUSIONS

Le traitement de l'hémorragie rétro-placentaire par la Césarienne haute d'urgence, nous semble être le traitement de choix dans les cas graves.

Cette grave complication obstétricale, ne permettant aucune attente, aucune indécision, oblige l'accoucheur à intervenir, dans le minimum de temps, et de la manière qui laisse espérer les meilleurs résultats.

Nous proposons donc l'intervention par Césarienne haute dès que le diagnostic d'hémorragie rétro-placentaire est fait.

Agissant de cette manière, nous avons l'énorme avantage, de voir clair dans notre travail, d'examiner consciencieusement les lésions anatomiques du muscle utérin, de vider complètement la cavité utérine des caillots qu'elle peut contenir, de déterger le péritoine du sang extravasé, et de nettoyer soigneusement la plaie utérine en enlevant entièrement les caillots formés.

Nous atténuerons la gravité de l'hémorragie, et l'état d'anémie de notre malade par la rapidité avec laquelle l'opération Césarienne corporéale pourra être exécutée, puis par la suture immédiate de son

muscle, l'utérus se contractera fortement, produisant, la plus sûre des hémostases.

Si nous jugeons que les lésions anatomiques sont trop graves et si nous craignons des signes profonds d'infection, nous aurons la possibilité immédiate de faire une hystérectomie, sans autres dispositions opératoires nouvelles.

Enfin, assurés de la solidité de notre cicatrice grâce à une technique rigoureuse de suture du muscle utérin, nous donnons à l'opérée la chance de conserver intacts ses organes reproducteurs, tant au point de vue certain du fonctionnement d'ordre général qu'à celui possible et, comme nous l'avons vu, réalisé d'une gestation et d'un accouchement ultérieur sans encombre.

Vu, le Président de Thèse,
COUVELAIRE.

Vu, le Doyen,
G. ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDÉRODIAS (J.). — Les hémorragies rétro-placentaires. (*La Puériculture*, N° 16, 25 mai 1935).
- AUDUREAU (Jules). — A propos de quelques cas de décollement prématuré du placenta normalement inséré. (*Thèse de Paris*, 1930).
- BOCRO (E.-A.), SCHWARTZ (R.). — Premature reparation of normally attached placenta as indication for cesarean rection 3 cases. (*Semana med.*, 2 : 1618-1622, december 5 1929).
- BOQUEL. — Sur quelques cas de décollement du placenta normalement inséré. (*Gazette Médicale de France*, N° 7, avril 1930).
- BROUHA (M.) et GOSSELIN (O.). — Un cas de décollement prématuré du placenta normalement inséré, traité par l'opération césarienne conservatrice. (*Brux. Med.*, 9, 831-833, 19 mai 1929).
- BURGER (P.). — Décollement prématuré du placenta normalement inséré; section césarienne basse; enfant vivant (*Sté d'Obstét. et de Gynéc. de Strasbourg*, séance du 1-12-34. In. : *Le médecin d'Alsace et de Lorraine*, N° 5, 1-3-35.
- BURGER (M.-P.). — Décollement prématuré du placenta normalement inséré. (*Section d'obstét. et de Gynéc. de Strasbourg*, Séance du 1-12-34. In *Strasbourg Médical*, N° 36, 25-1-34).
- BRAGA (H.). — Un caso de descollamento prematuro da placenta normalmente inserida. (*Revista de ginecologia e d'obtetricia Rio de Janeiro*, juillet 1930, p. 297).
- BROUHA (Maurice). — A propos du décollement prématuré du placenta normalement inséré. (*Liège Médical*, N° 14, 7 avril 1935).

- BRINDEAU (A.). — Césarienne basse transpéritonéale (*Pratique de l'art des accouchements*, p. 266-273).
- BRINDEAU (A.) et CAUNOIRE (M.). — Technique de la césarienne basse (Indicat. et Résul.). (*Journ. Médic. Franç.*, N° 19, 3-8 janv. 1930).
- CATHALA (V.). — A propos du traitement des hémorragies rétro-placent. avec apoplexie utérine. (*Soc. Obst. et Gynéc. Paris*, mai 1935. In *Revue Franç. de Gynéc. et Obstét.*, juillet 1935).
- COUVELAIRE. — Considérations sur la technique de la Césarienne conservatrice pratiquée à l'ancienne mode. (*Soc. Obstét. de France*, 1909).
- Traitement chirurgical des Hémorragies rétro-placentaires avec décollement du placenta normalement inséré. (*Arch. de Gynéc. et d'Obstét.*, Paris).
- COQ. — La Césarienne haute doit-elle être reléguée parmi les techniques surannées et doit-on lui substituer la Césarienne segmentaire. (*Brux. Méd.*, N° 21, 22-3-1932).
- De la valeur et des indications respectives de la Césarienne haute et de la Césarienne basse. (*Soc. Belge de Gynéc. et d'Obstét.*, 4 juin 1932).
- COY. — Contribution à l'étude de la pathologie et du traitement de l'hémorragie rétro-placentaire. (*Thèse Bord.*, 1934-1935).
- DESNOYERS. — Hémorragie rétro-placentaire et apoplexie utérine. (*Journ. des Accoucheuses*, N° 5, mai 1931).
- DESNOYERS (R.). — De la conduite à tenir dans les hémorragies rétro-placentaires. (*La Prat. M. Fr.*, 19 décembre 1932).
- ELLEBOGEN (R.). — Contribution à l'étude de la Césarienne haute. (*Thèse de Paris*, 1935).
- FÉTIS, ANGLADE et SOLAS. — Hémorragie rétro-placentaire post-traumatique. (*Ann. de Méd. légale*, N° 9, nov. 1934).
- FULCONIS. — Hémorragie rétro-placentaire. (*Société d'Obs. et de Gyn. d'Alger*, séance du 9 octobre 1933).
- GINGLINGERS (A.). — Au sujet des indications de la Césarienne et de l'hystérectomie dans l'apoplexie utéro-placentaire. (*Gyn. et Obst.*, 18 janv. 1935).

- GUÉNIOT. — Les hémorragies dans la Césarienne basse. (*La Médecine*, N° 5, avril 1930).
- HORDERN. — Contribution à l'étude des hémorragies rétro-placentaires et de leur traitement. (*Thèse Bord.*, 1929-1930).
- KAUFMANN. — Parenchymato se uterus blutung in der schwangerschaft bei vorzeitiger Lo sung der plazenta. (*Ztschr f; Gebuitz u Gynack* 101 : 462-470, 1932).
- LACOMME (M.). — Sur le décollement traumatique du placenta au cours de la gestation. (*Ann. de la Facul. Franç. de Méd. et de Pharm. de Beyrouth*, mars 1935, N° 2).
- LACOMME (Maurice). — Hémorragies rétro-placentaires. (*Bull. Méd. suppt.*, N° 3, 21-1-33).
- LECCIA. — L'hémorragie rétro-placentaire. (*Arch. med. chir. de Prov.*, N° 2, févr. 1934).
- LUC CETI (G.). — Distacco precoce di placenta normalmente inserta in seguito a somministrazione intempestiva di pituitina. (*Clin. Ostét.* 35 : 156-162, march 1933).
- METZGER. — *L'Accoucheur Moderne*.
- POULAIN (J.). — Hémorragie rétro-placentaire dans une grossesse de 4 mois. (*Gaz. Méd. de Picardie*, N° 132, octobre 1934).
- RAVINA (J.). — Hémorragie rétro-placentaire traumatique. (*La Méd.*, N° 5, avril 1933).
- RIVIÈRE (L.). — Hémorragie et apoplexie utéro-placentaire. (*Journal de Méd. de Bordeaux*, sept. 1931).
- Le diagnostic précoce des hémorragies et apoplexies rétro-placentaire, son importance pronostique et thérapeutique. (*Presse Méd.*, N° 8, 28 janvier 1933).
- MULLER. — A propos de la césarienne haute et de la césarienne basse. (*Revue de Méd. Franche-Comté*, N° 6, 15 mai 1933).
- SIMONIN. — Décollement prématuré du placenta. (*Sté de Méd. du Loiret*, séance du 20 mars 1935).
- SNOECK et INGELBRECHT. — Un cas de décollement prématuré du placenta normalement inséré. (*BruX. Méd.*, N° 22, 23 mars 1930).
- TROUPIN (A.-S.). — Premature separation of normally implanted placenta. (*Review of 87 cases*, 5 *New England of med* 208, 351 352 feb. 16 1933).

